

## KYTE SACRO-COCYGIEN : ASPECT DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES SUR UNE SERIE DE 120 CAS

ALKANDRY S1, AIT ALI A1, MIKOU I2, LAMRANI M1, TAHIRI MH1, YAKA M2, IARAQUI H2, ACHOUR A1

1. Service de chirurgie viscérale II – Hôpital militaire d'instruction Mohamed V

2. Service de chirurgie viscérale et proctologique, Hôpital militaire Mohamed V – Rabat - Maroc

Correspondance : I. MIKOU - Service de chirurgie viscérale et proctologique

Hôpital militaire Mohamed V - Rabat – Maroc Tél : + 212 618 273 93

E-mail : i5miko@hotmail.com

### RESUME

*Le kyste sacro-coccygien ou sinus pilonidal est une suppuration aiguë ou chronique péri anale de la région sacro-coccygienne. Aucun consensus thérapeutique clair quant à un traitement optimal n'a émergé. Notre travail porte sur une étude rétrospective, étalée sur une période de 13 ans entre 1990 et 2003, et concernant 120 patients. Les malades ont été répartis en deux groupes en fonction de la technique opératoire utilisée : excision sans fermeture immédiate réalisée chez 60 malades qu'on désignera par le groupe A ; et excision avec fermeture immédiate réalisée chez les 60 autres patients qu'on désignera par le groupe B.*

*Dans le groupe A, la cicatrisation complète a été obtenue après une durée moyenne de 70 jours, allant parfois à 120 jours. La surinfection a été chez 6 malade (10%). La durée d'hospitalisation moyenne a été de 5 jours, allant de 3 à 21 jours. Sept malades sur 60 (5,8%) ont récidivé au cours de la première année post-opératoire.*

*Dans le groupe B, la durée moyenne de cicatrisation complète a été de 21 jours (13jours-45 jours). Cinq (8, 3%) ont eu dans les suites opératoires une infection qui a été drainée chirurgicalement. La durée d'hospitalisation a varié entre deux et huit jours avec une moyenne de trois jours. Huit malades sur 60 soit 6, 6% ont présenté une récurrence au cours de la première année post-opératoire.*

*Pour apprécier l'efficacité d'un procédé thérapeutique, le taux de récurrence constitue un facteur principal dans le choix du procédé technique. Dans notre série, le taux de récurrence des deux méthodes est de 5, 8% dans le groupe B. On peut dire d'une façon générale qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative du taux de récurrence entre les deux méthodes (Khi deux = 0.08 P>0. 05) si elles sont correctement réalisées ; chose qui démontrent certaines autres études. Le kyste pilonidal à localisation sacro-coccygienne reste un sujet controversé surtout quant au choix de la technique chirurgicale optimale, qui assurerait son éradication définitive. L'excision avec fermeture primaire nous paraît être la technique adaptée pour traiter la maladie pilonidale.*

### INTRODUCTION

Décrit pour la première fois en 1847 par Anderson [1, 2], le kyste sacro-coccygien ou sinus pilonidal (SPN) est une suppuration aiguë ou chronique péri-anale de la région sacro-coccygienne. La diversité des techniques opératoires mises en œuvre démontre à quel point cette affection pose un problème thérapeutique. Aucun consensus thérapeutique clair quant à un traitement optimal n'a émergé. Le but de ce travail est de dégager, à travers l'étude d'une série continue et rétrospective de 120 patients opérés pour SPN, les points essentiels du traitement chirurgical, comparant deux techniques opératoires : l'excision sans fermeture immédiate et l'excision avec fermeture, et de préciser les facteurs pronostiques de récurrence.

### MATERIEL D'ETUDE ET METHODE

Notre travail porte sur une étude rétrospective, étalée sur une période de 13 ans entre 1990 et 2003. Nous avons dépouillé les dossiers médicaux de 120 malades porteurs d'un SPN à localisation sacro-coccygienne. Ont été inclus dans notre étude les patients présentant une forme chronique du

sinus pilonidal, et ont été inclus les malades présentant une forme aiguë, porteurs d'un abcès pilonidal, ainsi que ceux dont les dossiers médicaux ont été jugés inexploitable. Nos patients provenaient tous, du même service de chirurgie viscérale et proctologique de l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat-Maroc.

Nous avons étudié l'âge, le sexe, les antécédents d'intervention pour SPN, les données cliniques, les données thérapeutiques et enfin les données évolutives à savoir les complications post-opératoires infectieuses ou hémorragiques, le séjour hospitalier, la durée de cicatrisation totale ; d'abord tous les quinze jours, puis à trois mois et six mois. Après la première année, le suivi a été assuré par les médecins de corps et en cas de complication ou de récurrence, ils nous ont été réadressés.

Les malades ont été répartis en deux groupes en fonction de la technique opératoire utilisée ; excision sans fermeture immédiate et cicatrisation par seconde intention réalisée chez 60 malades qu'on désignera par le groupe A ; et excision avec fermeture immédiate réalisée chez les 60 autres patients qu'on désignera par le groupe B.

Il n'y a pas eu de randomisation en simple ou double aveugle.

## RESULTATS

La fréquence du SPN dans notre service a été estimée à 5% par rapport au nombre total des malades opérés pour une affection proctologique, et représentait 2% des consultations proctologiques lors de la période. Ainsi, le SPN a occupé la 4<sup>ème</sup> place des affections proctologiques opérées dans le service après les fistules, les fissures anales et les hémorroïdes. Le sexe masculin a été particulièrement touché dans notre étude avec 110 hommes (91, 6%) et seulement 10 femmes (8, 3%). L'âge « 21-25 ans » et « 26-30 ans » ont prédominé, avec respectivement 38% et 28%.

35 malades (29, 1%) ont eu des antécédents chirurgicaux proctologiques, dont 30 malades (25%) déjà opérés pour un SPN.

Dans notre étude, l'intervalle entre l'apparition des symptômes et l'intervention a varié entre 5 jours et 20 ans, mais la majorité des patients (42%) ont été vus après un délai d'évolution de 1 à 5 ans, mais la majorité des patients (42%) ont été vus après un délai d'évolution de 1 à 5 ans. L'écoulement purulent ou séro-sanglant chronique a été le motif de consultation le plus fréquent. En effet, 78% de nos malades présentaient un suintement un suintement peu abondant tachant le linge.

Chez 11 malades, l'affection a été asymptomatique (9, 1%), découverte à l'occasion d'une furonculose diffuse et nous ont été adressés du service de dermatologie pour une tuméfaction sacro-coccygienne indolore et sans écoulement. Cependant, 20% des malades ont été hospitalisés pour une récurrence de leur SPN.

L'anesthésie péridurale ou rachianesthésie a été la seule méthode utilisée sauf dans un cas (0, 8%) où une anesthésie générale a été nécessaire. Les procédés opératoires ont été toujours réalisés sur des malades en décubitus ventral sur la table opératoire légèrement cassée permettant une petite flexion de l'articulation coxo-fémorale. Des bandes de sparadrap écartant les fesses pour permettre une vue complète des fistules sur la ligne interfessière.

Avant de commencer l'exérèse, le repérage du kyste a été fait par l'injection du bleu de méthylène (figure 1), et de l'air dans l'orifice le plus proche de l'anus pour permettre la diffusion du colorant à tous les prolongements du sinus. L'incision cutanée a débuté un centimètre au dessous de l'orifice pilonidal inférieur et se poursuivait de façon parabolique vers le haut en regard du sacrum (figure 2). L'exérèse a été réalisée avec le bistouri électrique et les berges cutanées de la zone à exciser ont été maintenues à l'aide de deux pinces d'Allis. L'exérèse a été poursuivie jusqu'à l'aponévrose rétro coccygienne tout en essayant de laisser un coussinet graisseux pré aponévrotique qui va faciliter la cicatrisation. En fonction de la fermeture ou non de la plaie opératoire, nous avons comparé deux groupes.

Dans le groupe A, l'excision sans fermeture immédiate « avec cicatrisation par seconde intention » a été réalisée chez 60 patients. La cicatrisation complète a été obtenue après une durée moyenne de 70 jours, allant parfois à 120 jours en cas de surinfection de la plaie opératoire. Celle-ci a été notée chez 6 malades (10%). Deux patients (3, 3%) ont présenté un saignement à J+2 et J+3 en post-opératoire. La durée d'hospitalisation moyenne était de 5 jours, allant de 3 à 21 jours. Sept malades sur 60 (5, 8%) ont récidivé au cours de la première année post-opératoire.

Dans le groupe B, l'excision avec fermeture immédiate en deux plans (figure 3) profond et cutané a été réalisée chez 60 malades ; sous couvert d'un drainage aspiratif que l'on a enlevé au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> jour post-opératoire. Les fils ont été ôtés entre le 10<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> jour. Dans ce groupe, la durée moyenne de cicatrisation complète était de 21 jours (13 jours-45 jours). Cinq malades (8,3%) ont eu dans les suites opératoires une infection ou un avès de la plaie opératoire qui a été drainé chirurgicalement. Aucun malade n'a présenté un saignement post-opératoire. La durée d'hospitalisation a varié entre deux et huit jours avec une moyenne de trois jours. Huit malades sur 60 soit 6, 6% ont présenté une récurrence au cours de la première année post-opératoire.

## DISCUSSION

Le sinus pilonidal est une cavité pseudo kystique correspondant à un nécessus dermoépidermique comportant des éléments pilaires, et pouvant aboutir à une suppuration du pli inter fessier, n'intéressant ni l'anus, ni le rectum ni le plan osseux sacro-coccygien [1]. C'est une affection bénigne caractérisée par l'absence de sa tendance à la cicatrisation spontanée [2, 3] et son taux élevé de récurrence post opératoire. ; C'est une affection de l'adulte jeune, hirsute ; elle survient après la puberté entre 20 et 25 ans pour l'homme et plus précocement entre 16 et 20 chez la femme [1, 2]. La théorie d'une origine congénitale est actuellement rejetée au profit d'une origine acquise [1]. Les poils s'invaginent et pénètrent en sous cutané créant une cavité par réaction à corps étranger qui contient de nombreux fragments de poils et va fistuliser secondairement.

La prédominance masculine est nette dans la littérature, allant de 62, 5 % à 90, 5% [1, 2, 3, 4]. L'étude des antécédents a montré que la fréquence du SPN est élevée en milieu militaire, en raison du jeune âge et des circonstances favorisant la maladie telle que la station debout prolongée, les microtraumatismes répétés de la région sacro-coccygienne et les mouvements de frottements de la région inter fessière au cours de la marche, et enfin les conditions d'hygiène déficientes en zone de combat [1].

Le traitement idéal pour traiter le kyste pilonidal, doit être simple, n'imposant qu'une courte durée d'hospitalisation et une courte durée de

cicatrisation avec un minimum de complications et surtout un faible taux de récurrence [3]

En comparant les résultats thérapeutiques, on a constaté que, dans notre série, la durée moyenne d'hospitalisation était comprise entre trois et cinq jours dans les deux groupes. Certains auteurs pratiquent les deux méthodes en ambulatoire et n'hospitalisent que les malades présentant des complications post-opératoire [4, 5]. Nos malades sont retenus à l'hôpital soit en raison du drainage aspiratif systématique dans le groupe B, soit pour une bonne prise en charge des premiers pansements dans le groupe A, ou alors pour traiter les complications post-opératoires, ce qui rapporte la durée d'hospitalisation, parfois à huit jours dans le groupe B et vingt et un jours dans le groupe A.

La surinfection de la plaie opératoire est, de par sa fréquence (5, 4 à 35%), [6, 7] l'un des reproches que font les auteurs à la fermeture primaire, alors que ce paramètre n'est généralement pas discuté après excision à ciel ouvert. Dans notre série nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les deux méthodes ; 8, 3% pour le groupe B et 10% pour le groupe A (khi deux = 0.10  $p > 0.05$ ). Ils ont été traités par l'ablation du drainage et des points de suture et la cicatrisation s'est fait alors par seconde intention. Le taux des complications infectieuses dans notre série a été observé chez 11 malades soit 18, 3% de l'ensemble de nos patients. Sondena a trouvé moins d'infection après fermeture primaire qu'après excision à ciel ouvert [6]. Les complications hémorragiques ne sont survenues que dans le groupe A (3,3%) ; mais il faut noter qu'elles n'ont été graves et n'ont pas nécessité une reprise chirurgicale. Pour le confort des patients, Isbister [8] note que les patients ont moins de douleur postopératoire après fermeture primaire qu'en cas d'excision à ciel ouvert. Dans le groupe A, la cicatrisation complète a été obtenue après une durée moyenne de 70 jours allant parfois à quatre mois. Les retards de cicatrisation sont dus à une insuffisance de soins et d'hygiène corporelle, responsable de la surinfection de la plaie. Dans la littérature, la durée moyenne de cicatrisation à ciel ouvert varie entre 49 jours [9]. Dans le groupe B, elle est de 21 jours allant à 45 jours chez les malades ayant présenté une infection de la plaie opératoire et ont vu leur cicatrisation se faire par seconde intention après ablation des fils. Selon la littérature, la durée de cicatrisation est très variable allant de 14 jours à 30 jours. [9]. Mais généralement, la plupart des auteurs, s'accordent sur le fait que la cicatrisation survient au bout de deux semaines, et ce dans plus de 90% des cas [9]. Il est important de souligner que, le principal avantage de la fermeture primaire est celui d'écourter cette durée de cicatrisation et donc permettre aux malades de retrouver leurs activités socioprofessionnelles le plus tôt possible.

En fait, pour apprécier l'efficacité d'un procédé thérapeutique, le taux de récurrence en constitue un facteur principal. La revue de la littérature a permis de noter une décroissance linéaire nette dans le

temps, du taux de récurrence de toutes les méthodes radicales utilisées [10]. Ceci est dû à une meilleure compréhension de l'éthiopathogénie et à l'exécution méticuleuse des techniques opératoires [11]. Des études anciennes, non contrôlées, ont trouvé un taux de récurrence après fermeture primaire de 30% et il est seulement de 15 % après excision à ciel ouvert [12]. D'autres études tendent à démontrer qu'il n'existe pas de différence significative entre le taux de récurrence des deux méthodes [11]. Dans notre série, il est de 5, 8% dans le groupe A et de 6,6% dans le groupe B. On peut dire d'une façon générale qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative du taux de récurrence entre les deux méthodes si elles sont correctement réalisées.

## CONCLUSION

Le sinus ou kyste pilonidal à localisation sacro-coccygienne reste un sujet de controverse surtout quant au choix de la technique chirurgicale optimale, qui assurerait son éradication définitive. Si l'on considère la durée de cicatrisation et le taux de récurrence, la fermeture primaire nous paraît être la technique adaptée pour traiter la maladie pilonidale, car elle est techniquement simple, dénuée de complications post-opératoire majeures, permet une courte durée d'hospitalisation et une courte permission de convalescence. Elle assure de bons résultats esthétiques et fonctionnels. Cependant, l'excision à ciel ouvert doit garder sa place dans le traitement des formes récidivantes et complexes.

## REFERENCES

1. AIT ALI A, CHOHO A, ALKANDRY S, LAMRANI M, BENNANI H, ACHOUR A - Traitement du sinus pilonidal : Etude comparative de 84 cas. Médecine et armée, 2003 ; 31 : 1-4.
2. MYELLER J.M, TORHENBUEHLER KEN FREDE KE, KYSTE SACRO-COCYGIEN - L'opération de Lord-Millard représente-elle une alternative à l'excision ? J chir 1991 ; 128 : 487-490.
3. BERGER A, FRILLEUX P - Sinus pilonidal. Ann. Chir. 1995, 49 n° 10 : 889-901.
4. SOLLA JA, ROTHENBERGER D.A - Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases. Dis Colon rectum 1990 ; 26 : 810-815.
5. SPIVAC H, BROOKS VL, NUSSBUM M, FREIDMAN I - Treatment of chronic pilonidal disease. Dis Colon rectum 1996 ; 39 : 1136-1139.
6. SONDENAA D, ANDERSON E, SORELDE JA - Morbidity and short term result in a randomised trial of open compared with closed treatment of chronic pilonidal sinus. Eur J surg 1992 ; 158 : 351-355.
7. SONDENAA K, NESVIK I, ANDERSON E, SOREIDE JA. - Recurrent pilonidal sinus after excision with closed or open treatment final

- result of a randomised trial. Eur J surg 1996 ; 162 : 237-240.
8. ISBISTER WH, PRASAD J - Pilonidal disease. Australien and New Eland Journal of Surgery 1995 ; 65 : 561-563.
  9. ALLEN-MERSH TG - Pilonidal sinus : Finding the track for treatment Br J Surg 1990 ; 77 : 123-132.
  10. GUYURON B, DINNER MI - Excision and grafting in treatment of pilonidal sinus disease. Surg Gynecol Obstet, 1983 ; 156 : 201-204.
  11. SOULARD J, CONTOU JF. La maladie pilonidale, Coloproctologie, Paris Masson, 1983, 324-330.
  12. AL HASSANE HKH, FRANCIS IM, NEGLEN - Primary closure or secondary granulation after excision of pilonidal sinus ? Acta Chir Scand 1990 ; 156 : 695-699.